

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N°

31

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BRUN

Né le 4 août 1916, à Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 17 FEV 1944 1944

GROSSESSES TRIPLES

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BRUN.**

Prénom : **Marcel.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

BRUN (Marcel). — Grossesses triples. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 58 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1944, N°

2

BRUN (Marcel). — Grossesses triples. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 58 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1944, N°

3

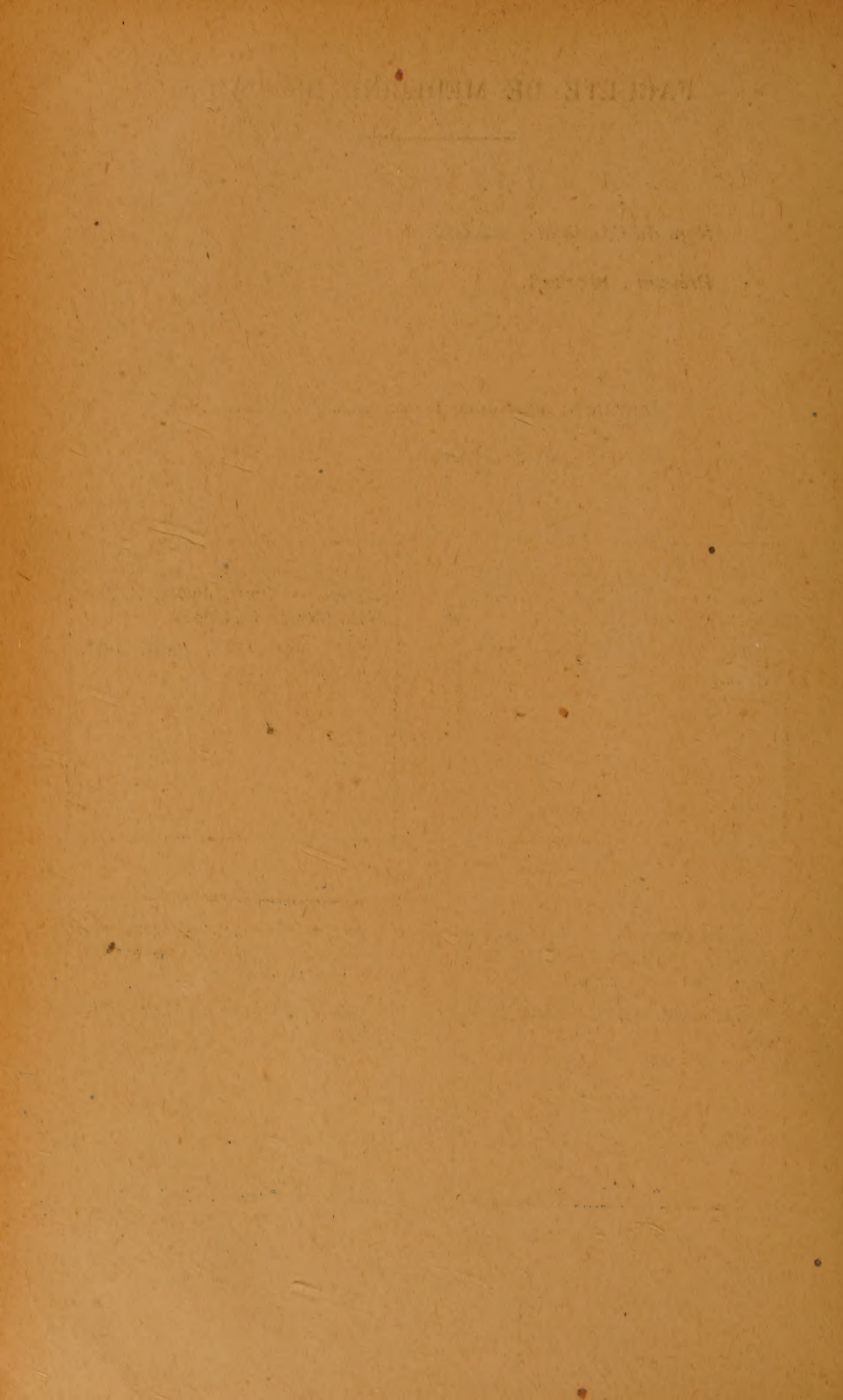
BRUN (Marcel). — Grossesses triples. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 58 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1944, N°

4

BRUN (Marcel). — Grossesses triples. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 58 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1944, N°



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BRUN

Né le 4 août 1916, à Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1944

GROSSESSES TRIPLES

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1944

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LÉVY-VALENSI.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	BROCC.
	QUÉNU.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	N...
	N...
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	SÉNÈQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Glovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.). Physique.
DESOILLE Médecine légale.
DIGONNET.... Obstétrique.
DOGNON..... Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

GALLIARD.... Parasitologie.
GARCIN..... Pathologie médicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
LACOMME.... Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
MARCHAL ... Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE..... Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER....		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
ÉCALLE.....	Clinique obstétricale
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME.....	Stomatologie.
N	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En reconnaissance des sacrifices consentis pour mon instruction, avec tout mon amour filial.

A MA FEMME

Sage-femme interne des Hôpitaux de Paris

Compagne des bons et mauvais moments.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de ma sincère affection.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

*Qui a bien voulu me faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
guidé de ses conseils. Qu'il me permette de
lui exprimer ma profonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage :

PROFESSEUR SERGENT (*in memoriam*)

PROFESSEUR MATHIEU

PROFESSEUR LAUBRY

DOCTEUR CHEVRIER

Externat :

DOCTEUR A. MARTIN

PROFESSEUR LENORMANT

DOCTEUR P. LE MÉE

DOCTEUR JACQUET

PROFESSEUR AGRÉGÉ LELONG

AUX DOCTEURS :

BUQUET, HAMELIN, JOSEPH, LANDRIEU, LEROUGE,
RENONDEAU, ROSSIER

A MES CAMARADES DE GUERRE

GROSSESSES TRIPLES

La fréquence des grossesses triples est estimée par la plupart des auteurs à un chiffre qui varie entre 1,2 et 1,3 pour 10.000 si nous en jugeons d'après les chiffres suivants : Mme LA-CHAPELLE 1,33 ; DUBOIS 1,61 ; MECKEL 1,2 ; PUECH (1877) 1,21 ; VEIT 1,2 ; MIRABEAU (1894) 1,52 ; JULLIEN (1897) 1,31 ; BERTILLON 1,16 ; DRIZARD (1902) 1,04 ; APERT (1923) 1,17 ; Raymond FOURNIER (1930) 1,47 ; WEILL (1936) 3. La statistique de WEILL doit être disjointe de celles des autres auteurs ; en effet, cette proportion supérieure ne saurait résulter d'une plus grande fréquence des grossesses trigémellaires ; mais elle provient de ce que ces femmes ont choisi d'accoucher en maternité plutôt qu'à leur domicile par le fait d'un diagnostic de grossesse multiple ou par le fait de troubles liés à l'augmentation anormale du volume utérin.

A y regarder de plus près, d'ailleurs plusieurs des statistiques que nous rapportons, pourraient bien ne pas échapper à ce reproche ? C'est qu'en effet la liste ci-dessus énoncée, groupe des séries hétéroclites : statistiques hospitalières, statistiques démographiques, statistiques de compilation.

Pour apprécier de façon plus exacte la fréquence des grossesses trigémellaires, on est tenté de s'adresser uniquement aux statistiques démographiques qui donnent un chiffre voisin de 1 pour 10.000, du moins en ce qui concerne la France. Les données suivantes qui ont été tirées de la statistique générale de la France et dont nous devons communication à l'obligeance de M. BREIL, parlent dans ce sens :

Années	Naissances	Accou- chements gémel- laires	Accou- chements triples	Accou- chements gémel- laires p. 10.000 accou- chements simples	Accou- chements triples p. 10.000 accou- chements doubles	Accou- chements triples p. 10.000 accou- chements simples
1907	772.681	8.982	91			
1908	792.178	9.272	93	114	89	1,01
1909	769.565	9.181	68			
1910	774.390	9.218	76			
1911	776.492	8.808	81			
1912	785.074	8.840	80	113	87	0,98
1913	780.728	8.828	69			
1914	593.769	6.998	54 (1)			
1915	386.968	4.503	38			
1916	313.018	4.019	45	126	97	1,22
1917	342.454	4.297	53			
1918	399.456	5.146	61			
1919	403.479	5.620	46			
1920	868.900	9.693	86			
1921	846.481	9.318	77			
1922	799.635	8.375	86	108,4	93	1
1923	792.043	8.455	79			
1924	782.419	8.424	81			
1925	999.046	8.407	83			
1926	795.584	8.280	67			
1927	770.254	8.221	78			
1928	776.007	8.425	88	107,3	97	1,04
1929	755.477	7.977	85			
1930	775.997	8.194	83			
1931	759.619	7.714	74			
1932	747.743	7.989	76			
1933	702.535	7.558	63	106,5	88	0,93
1934	701.176	7.377	70			
1935	662.456	6.993	52			
1936	652.599	6.885	50			
1937	639.266	6.886	65			
1938	634.385	6.527	57	106,5	84	0,89
Moyenne générale de 1907 à 1938				111,5	90	1,01

(1) Pendant la période allant de 1914 à 1919, la statistique n'a porté que sur 77 départements français ; on y remarque une plus grande proportion des grossesses multiples.

Mais est-ce à dire que les statistiques nationales reflètent exactement la fréquence réelle, la fréquence biologique ? Cela n'est pas absolument sûr, car à la différence des statistiques hospitalières, elles ne comprennent qu'une petite partie des grossesses terminées par avortement. Or, les avortements sont incontestablement plus fréquents dans les grossesses multiples que dans les grossesses simples.

La fréquence des grossesses triples varie avec les groupes ethniques, races ou nations ainsi que le prouvent les chiffres suivants, déjà anciens empruntés à PUECH et à BERTILLON. Pour 10.000 grossesses simples, 2,46 grossesses triples en Russie ; 2,27 en Suède ; 2 en Islande ; 1,87 en Autriche et en Norvège ; 1,72 en Bavière ; 1,68 en Hongrie ; 1,60 au Danemark ; 1,55 en Allemagne ; 1,52 en Bade ; 1,48 en Angleterre ; 1,40 en Italie ; 1,27 en Prusse ; 1 en Belgique.

Il est assez difficile de dire si la fréquence des naissances triples varie suivant les époques. On pourrait le croire en comparant les chiffres actuels, ceux que donne A. T. MONDIÈRE, pour la période 1876-1880 en France : 1.530 naissances triples sur 4.705.281 naissances, soit 3,25 pour 10.000.

Il y a lieu de comparer la fréquence des naissances triples avec celles des autres naissances multiples. La fréquence des grossesses gémellaires est, en France, d'environ 110 pour 10.000, soit un peu plus de 1 pour 100. La fréquence des grossesses triples, par rapport aux grossesses gémellaires est de 90 pour 10.000, soit un peu moins de 1 pour 100. Ces deux proportions très voisines, doivent être très rapprochées. Etant donné le nombre plus élevé de grossesses triples terminées par avortement et échappant à la statistique, il convient, d'admettre sans doute, comme nous l'enseigne M. VIENES, que le rapport entre grossesses simples et grossesses doubles est égal au rapport entre grossesses doubles et grossesses triples. Cette proportion ne se retrouve pas pour les grossesses quadruples, puis-

qu'on relève environ une grossesse quadruple pour 200.000 à 300.000 grossesses simples, soit 0,03 à 0,05 grossesses quadruples pour 10.000 grossesses simples.

Enfin, on peut se demander s'il y a parallélisme entre la fréquence des grossesses doubles et celles des grossesses triples. Ce que nous voudrions examiner d'après les statistiques anciennes et les statistiques plus récentes.

	Grossesses doubles pour 10.000 simples	Grossesses triples pour 100 doubles
Russie.....	2,46	1,538
Suède.....	2,27	1,563
Islande.....	2	1,563
Autriche.....	1,83	1,205
Norvège.....	1,83	1,249
Bavière.....	1,72	1,667
Hongrie.....	1,68	1,299
Danemark.....	1,60	1,408
Allemagne.....	1,55	1,176
Bade.....	1,52	1,124
Angleterre.....	1,48	0,8621
Italie.....	1,40	1,1494
Prusse.....	1,27	1,124
Belgique.....	1	0,9709

Ces chiffres montrent qu'à part la Russie, la proportion entre grossesses triples et doubles est variable suivant les pays, les pays présentant une grande proportion de grossesses doubles par rapport aux autres ne présentent pas forcément une proportion plus forte de grossesses triples de même pour l'époque plus moderne.

La proportion des grossesses doubles et triples par rapport à 10.000 grossesses simples dans les différents pays étrangers de 1929 à 1937, sont :

	Grossesses doubles par 10.000 accouchements	Grossesses triples par 10.000 accouchements
Pologne	117,4	1,86
Grèce	135,5	1,63
Finlande.....	164,7	1,6
Italie.....	129,1	1,55
Bulgarie	112,4	1,28
Angleterre.....	125,5	1,23
Suède.....	145,2	1,21
Hongrie.....	112,1	1,20
Allemagne.....	119,4	1,18
Canada	120,8	1,12
Etats-Unis	117,7	1,12
Norvège	144,9	1,09
Espagne	93,34	0,96
Belgique	99,7	0,92
Australie	105,7	0,74
Japon	358,1	0,25

La Pologne vient donc en tête pour le nombre des grossesses triples alors que la Finlande, la Norvège, la Suède arrivent en tête des grossesses gémellaires. Les chiffres du Japon paraissent anormaux. L'U. R. S. S. n'est pas indiquée dans les statistiques modernes.

TURQUAN a dressé pour les naissances triples une carte de fréquence selon les départements français et l'a comparée à la répartition des naissances doubles. Tandis que pour celles-ci, les départements les plus riches en naissances doubles se groupent très nettement en certaines régions : Bretagne, Savoie, Vosges tandis que les moins riches sont groupés dans le bassin de la Garonne, Corrèze, etc... Pour les triples une telle distribution ne se retrouve pas : les départements à chiffres forts et les départements à chiffres faibles sont mélangés sans ordre. Mais peut-être est-ce là l'effet de séries insuffisantes de cas.

On observe des grossesses triples dans certaines espèces animales domestiques qui donnent habituellement naissance à un fœtus unique, mais il est difficile d'être fixé sur la fréquence de

cette *éventualité*. On sait qu'il existe des femelles domestiques à grossesses simples, telle la jument et la vache — des femelles à grossesses doubles, telle la chèvre et, parfois la brebis — des femelles à grossesses multiples telles les lapines, les cobayes, les chiennes, les chattes, les truies. Dans toutes ces espèces il peut exister des exceptions : soit que des femelles à grossesses simples mettent au monde plusieurs jeunes ; soit que des femelles à grossesses multiples mettent au monde, un seul jeune (1). Dans ce dernier cas, on peut observer des grossesses doubles, des grossesses triples, etc...

Je n'ai trouvé que peu de documents statistiques sur la fréquence des grossesses doubles et des grossesses triples chez les femelles dont l'espèce comporte normalement un seul fœtus : 1^o les jumeaux sont très rares chez la jument (1 pour 250). L'avortement est très fréquent. Les triplets sont infiniment rares et l'avortement est alors presque de règle. SAINT-CYR et VIOLET (2) ont colligé six observations (3) de grossesse triple ; 2^o pour l'ânesse, je n'ai pas trouvé de données ; 3^o chez la vache, les grossesses doubles sont plus fréquentes que chez la jument et la fréquence est à peu près la même que chez la femme.

La fréquence varie avec les races et, d'après W. L. WILLIAMS, elles sont assez habituelles chez les Holstein et rares chez les Jersey. Les grossesses triples sont tout à fait plus rares. SAINT-CYR et VIOLET en rapportent plusieurs cas, ainsi que des grossesses quadruples, quintuples. Une

(1) Pour expliquer cette dernière anomalie, il faudrait établir si la diminution du nombre de petits est comparable, par défaut, à ce qu'est par un excès, la grossesse multiple chez une femelle d'espèce ayant un enfant unique ou si ces naissances uniques résultent de l'intervention de gènes léthaux.

(2) P. 149 de l'édition de 1888.

(3) Cas de PAUGOË, de DEVILLIERS, de RABE, de MAC GILLIVRAY et deux cas de FLEMING.

vache observée par DE BLAINVILLE mit bas, trois ans de suite, trois veaux dont 7 purent être élevés (1).

4° Chez les brebis, la gémelléité est commune surtout dans les troupeaux formés d'individus de grande taille, Dans certains de ces troupeaux il arrive que les grossesses gémellaires soient la règle et les grossesses simples, l'exception. Les grossesses triples s'observent assez souvent. FLEMING cite le cas d'une brebis qui, issue elle-même d'une portée triple eut, sept ans de suite, une triple portée. W. L. WILLIAMS rapporte l'histoire d'un troupeau de 26 brebis Cotswold où il y eut 52 agneaux, soit une moyenne de deux agneaux par brebis ; or, comme un certain nombre de brebis avaient des petits uniques, il faut admettre qu'il y eut un certain nombre de grossesses triples. Dans les petites espèces tel que le mérinos, les grossesses doubles sont beaucoup plus rares.

* * *

Les diverses statistiques s'accordent pour répartir les trois variétés possibles de disposition ovulaire, comme suit : un œuf simple et un œuf double : 60 %, trois œufs simples : 30 % ; un œuf triple : 10 %. Sur 300 fœtus nés de grossesse triple, il y a donc 150 univitellins et 150 plurivitellins ; soit 50 % et 50 %. La proportion des univitellins est donc plus élevée que dans les grossesses gémellaires 20% contre 80 %. Et l'importance de ce fait ne saurait être sous-estimée lorsqu'il s'agit de préciser les causes de ces grossesses triples (1).

(1) Chez les bovins, les grossesses gémellaires sont toujours bivitellines : chez la vache, il y a toujours fécondation de deux ovules et formation de deux corps jaunes ; W. L. WILLIAMS n'a jamais vu, sur plus de deux mille examens nécropsiques d'utérus gravide chez la vache, un seul cas où il ait pu trouver deux fœtus et un seul corps jaune. Dans les divers animaux domestiques, il n'a jamais pu trouver de jumeaux identiques ; cependant, note-t-il, le Musée du Collège vétérinaire de Cornell University à New-York, contient quelques montres doubles.

* *

Les grossesses triples donnent au total, un peu plus de garçons que de filles, comme les grossesses simples et comme les grossesses doubles. VEIT, sur 1.689 accouchements triples, avait relevé 409 fois trois garçons, 501 fois deux garçons et une fille, 420 fois un garçon et deux filles, 359 fois trois filles ; soit une masculinité de 110. Ce chiffre est plus fort que la masculinité des grossesses simples soit, 105 à 106. GUZZONI degli ANCARANI, sur 2.950 cas, trouve 906 fois, deux garçons et une fille, 644 fois, un garçon et deux filles, 705 fois, trois garçons, 695 fois, trois filles.

* *

Le développement *in-utéro* du fœtus peut être satisfaisant, par exemple, le cas de Gelly 3.300, 3.600 et 3.470. Mais un tel succès est exceptionnel et le plus habituellement le poids des enfants est très inférieur à la moyenne. Pourquoi ? Accouchement prématuré ? compression ? partage des réserves entre trois individus. Certes, il existe parfois de grosses différences pondérales entre les enfants. Mais si l'on considère le poids total du trio divisé par trois, on obtient une moyenne qui généralement est bonne. H. VIGNES l'exprime ainsi :

« Il est fréquent que les enfants nés de grossesses multiples aient un poids déficitaire, non seulement parce qu'ils naissent avant terme, mais parce que leur nutrition est moins bien assurée. Voici une courbe où j'ai groupé, en fonction du terme de la grossesse, les poids donnés dans un certain nombre d'observations publiées et dans trois observations personnelles. Vous voyez aisément que ces poids aux époques diverses de la grossesse sont, en très grande majorité, inférieurs à la moyenne des jumeaux

établie par moi dans C. R. de la Société de Biologie, en mars 1925, elle-même inférieure à la moyenne des enfants uniques que j'ai publiée, en 1924, dans la *Revue anthropologique* et que M. le Professeur FAURE-FRÉMIET m'a fait l'honneur de reproduire dans *Cinétique du développement*. »

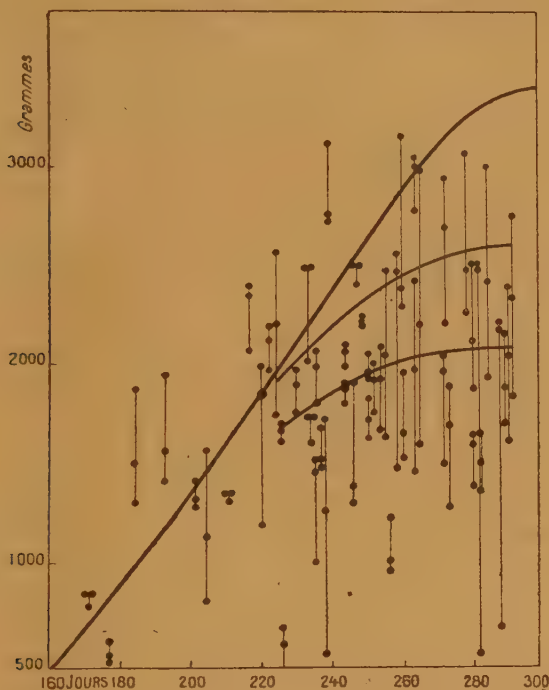


FIG. 1. — Chaque point représente (en fonction du terme) le poids d'un triplet ; les poids de chaque trio sont réunis par une barre. La ligne supérieure représente le poids moyen d'un enfant unique, la ligne moyenne le poids moyen d'un jumeau, la ligne inférieure le poids moyen d'un triplet.

* * *

Il est très fréquent que les grossesses multiples et, en particulier les grossesses triples, soient interrompues dans leur évolu-

tion, aussi bien chez les femelles domestiques que chez la femme.

M. L. WILLIAMS, chez la jument, a observé qu'en cas de grossesse double, très souvent, les fœtus naissent morts ; l'avortement est presque de règle, quand les poulains naissent vivants, ils sont chétifs et périssent presque toujours après la naissance. Trois cas de gestation triple que rapportent SAINT-CYR et VIOLET (p. 149) donnent pour 9 produits : 5 avortons, 3 fœtus morts, 1 poulain normal.

Chez la vache, d'après W. L. WILLIAMS, l'avortement est quatre fois plus fréquent dans les grossesses doubles que dans les grossesses simples. Il se voit, surtout, chez les jeunes femelles à leur première ou deuxième grossesse, alors que les gestations gémellaires sont rares pour ces grossesses.

Les cas de REINARD, ROCHE, LUBIN (2 cas), SNOWDON, COLLIN, colligés par SAINT-CYR et VIOLET, donnent pour 15 produits : 5 fœtus morts, 7 veaux normaux, 3 monstres.

Chez la femme, en cas de grossesse triple, de tels faits sont fréquents : avortement, mort *in-utéro* d'un ou plusieurs fœtus. La découverte d'un fœtus papyraceus n'est pas très rare dans le cadre des grossesses multiples. Pourquoi ? Syphilis ? On connaît chez des femmes syphilitiques des cas d'un fœtus vivant et d'un macéré en matière de jumeaux. Gêne mécanique ? Mauvais lieu d'implantation ? Chétivité héréditaire (1) obéissant aux lois de Mendel et compliquée de difficulté du partage des réserves ?

Dans des cas très rares, un fœtus peut être expulsé très prématurément et laisser les autres continuer leur développement. On cite, par exemple, un cas de DÉSORMEAUX : une femme avorte à trois mois ; six mois après, elle accouche d'un enfant mort ; et, huit heures après, d'un enfant vivant.

Si, négligeant les cas d'avortements, nous étudions les accou-

(1) VIGNES, *Presse médicale*.

chements prématurés et les accouchements à terme, nous voyons que les accouchements prématurés l'emportent sur les accouchements à terme. Dans le tableau suivant, nous avons reproduit les pourcentages de durée pour les grossesses simples établies par VIGNES (1) d'après une année (2) d'accouchements à la Maternité de Paris) ; les pourcentages de durée pour les grossesses doubles établies par lui (2) (d'après les cas de gémellité observés, à la Maternité de Paris de 1911 à 1924) et un certain nombre de cas de grossesses triples recueillis dans la littérature (3).

Nombre de jours	Grossesses simples	Grossesses doubles	Grossesses triples
200	3 soit 0,17 %	4 soit 1,86 %	1 soit 1,96 %
210	9 soit 0,51 %	5 soit 2,33 %	1 soit 1,96 %
220	14 soit 0,83 %	12 soit 5,58 %	5 soit 9,80 %
230	15 soit 0,85 %	17 soit 7,90 %	4 soit 7,84 %
240	54 soit 3,06 %	23 soit 10,70 %	8 soit 15,68 %
250	87 soit 4,93 %	37 soit 17,20 %	10 soit 19,6 %
260	196 soit 11,62 %	50 soit 23,30 %	5 soit 9,80 %
270	478 soit 27,03 %	39 soit 18,14 %	8 soit 15,68 %
280	552 soit 31,28 %	20 soit 9,30 %	5 soit 9,80 %
290	380 soit 21,6 %	6 soit 2,79 %	4 soit 7,84 %
300			
et au delà	122 soit 6,97 %	2 soit 0,93 %	10 0

(1) *Annales de méd. légale*, déc. 1931, p. 754.

(2) VIGNES, Durée de gestations gémellaires. *Revue anthropologique*, 1925, p. 223.

(3) 4 cas de VIGNES (obs. nos 47, 48, 49, 50) ; 1 d'ESSEN-MOELLER (obs. 13) ; 1 de PLAUCHU (obs. 38) ; 1 d'ANDERODIAS (obs. 1) ; 2 de PINARD (obs. 36-37) ; 1 de GROSSE (obs. 14) ; 1 de HUGÉ (obs. 25) ; 3 de M^{lle} LASCAUD (obs. 31, 32, 33) ; 1 de ROUSSEL (obs. 40) ; 1 de DUNAL (obs. 11) ; 1 de RIBEMONT-DESSAIGNE (obs. 39) ; 1 de WILDERMANN (obs. 59) ; 2 de M^{me} HENRI (obs. 22-23) ; 2 de CHARBONNIER (obs. 4, 5) ; 5 de GUIHAL (obs. 16, 17, 18, 19, 20, 21) ; 1 de MOUSSOUS (obs. 35) ; 1 de BROHAN (obs. 3) ; 1 d'EISENHART (obs. 12) ; 1 de BOQUEL (obs. 2) ; 2 de SPERLING (obs. 43, 44) ; 2 de SCRIBER (obs. 41, 42) ; 1 d'HERGOTT (obs. 24) ; 1 de MIRABEAU (obs. 34) ; 5 de JULLIEN (obs. 26, 27, 28, 29, 30) ; 8 de WEIL (obs. 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58) ; 5 de COLLORIDI (obs. 6, 7, 8, 9, 10) ; 1 de THOYER ROZAT (obs. 45) ; 1 de TRILLAT EPARVIER (obs. 46).

On peut en déduire que le maximum de durée pour les grossesses triples est entre 250 à 259 jours, pour les grossesses doubles entre 260 et 269 et pour les grossesses simples entre 280 et 289. Mais, alors que les statistiques de grossesses simples et de grossesses doubles sont des statistiques homogènes, celle de grossesses triples est une statistique de compilation et que nombre d'observations de grossesses triples ont été publiées à cause de la rareté d'amener ces femmes à terme.

La fréquence des accouchements prématurés croîtrait, d'après COLLORIDI, des grossesses trichoriales triplacentaires aux grossesses monoamniotiques.

*
* * *

Les mêmes constatations que l'on a fait à propos de l'étiologie des grossesses gémellaires bivitellines se retrouvent, sans doute, à propos des grossesses triples trivitellines, et les mêmes réflexions peuvent s'en déduire :

1^o *Il est des femmes qui semblent prédisposées aux grossesses multiples et, en particulier, aux grossesses triples. Des faits analogues se voient dans les espèces animales et, par exemple, W. L. WILLIAMS fait état de vaches qui produisent des jumeaux à chacune de leurs grossesses. Il ne manque pas d'observations de ce genre dans l'espèce humaine et, par exemple, PUECH cite une paysanne, qui, à son premier accouchement eut 1 enfant ; au deuxième, 2 enfants ; au troisième, 2 enfants ; au quatrième, 3 enfants ; au cinquième 2 enfants ; au sixième, 1 enfant ;*

2^o *Il est des hommes qui semblent prédisposés à procréer des embryons multiples et, en particulier, des triples. En ce qui concerne les grossesses doubles, je rappelle ici le travail remarquable de DAVENPORT d'après lequel l'aptitude à engendrer des jumeaux bivitellins est souvent héréditaire. DAVEN-*

PORT (1) a mis ce fait hors de doute par ses recherches statistiques : une femme ayant eu des jumeaux dans sa famille a, 4,5 fois plus de chances de procréer des jumeaux qu'une femme quelconque ; un homme ayant eu des jumeaux dans sa famille a 4,2 fois plus de chances de procréer des jumeaux qu'un homme quelconque. A ceci, on peut objecter que la grossesse bi-ovulaire, nécessitant deux ovules, il est difficile de concevoir le rôle joué par le père. Pour DAVENPORT dans tous les cas de naissances uniques, ou dans un grand nombre d'entre eux, il y a eu primitivement grossesse gémellaire ou grossesse multiple ; il y a rupture de plusieurs follicules, fécondation de plusieurs ovules ; mais, par l'action des facteurs léthaux, un seul de ces ovules fécondés arrive à se développer. Or, les facteurs léthaux peuvent être d'origine ovulaire ou d'origine spermique et l'on comprend ainsi le rôle du père.

En ce qui concerne les grossesses triples, il est des exemples souvent cités, d'hérédité. Le paysan russe qui eut 87 enfants, total respectable avec deux femmes (dont 4 grossesses quadruples, 7 triples, 6 doubles avec l'une ; 2 triples et 6 doubles avec la seconde), et ce bourgeois de Paris qui, sept ans de suite, fit trois enfants à sa femme et qui, ayant engrossé sa servante, lui fit, à elle aussi, trois enfants ;

3^o Pour ces hommes comme pour ces femmes, la prédisposition peut être d'ordre héréditaire, GEISSLER (2) signale une femme qui, en trente-trois ans de mariage, a eu 13 jumeaux et 6 triplets et dont les sœurs avaient, respectivement 41 et 26 enfants. GRIGG rapporte l'observation d'une dame P... qui eut 10 accouchements simples et 2 triples ; or, sa bisaïeule

(1) DAVENPORT, Influence of the male in the production of human twins. *American naturalist*, 1930.

(2) GEISSLER, Allgemeine Statistische. *Archiv. de G. von Mayr*, 1900, p. 544.

maternelle avait eu 3 accouchements triples ; sa grand-mère maternelle, 5 accouchements simples et 2 doubles ; une sœur, 4 accouchements simples et 1 triple ; et la série ne s'arrête pas là, car sa fille aînée eut un accouchement simple et un triple. LEROY cite une femme qui, à son premier accouchement, a eu 2 enfants ; à son deuxième accouchement, 2 enfants ; à son troisième accouchement, 3 enfants ; or, son père et sa mère avaient eu six enfants, dont deux jumelles et son père était, lui-même, jumeau. La statistique de SANITER (Clinique gynécologique de Berlin qui se réfère à trente jumeaux nés entre 1877 et 1901) comporte trois cas où existaient des antécédents héréditaires. Le rôle de l'hérédité ressort, aussi, des données obtenues par WEINBERG en dépouillant les registres de l'état civil de Wurtemberg ; pour les naissances triples. 1 fois sur 18, la femme avait eu antérieurement ou a eu, postérieurement, d'autres naissances multiples ; alors que, pour les naissances doubles, on arrive au chiffre de 1 fois sur 30, en ce qui concerne les grossesses bivitellines et, 1 fois sur 85 en ce qui concerne les univitellines. L'influence de l'hérédité est, donc, encore plus manifeste pour les grossesses triples que pour les grossesses doubles.

4° *Pour les hommes, comme pour les femmes, la prédisposition pourrait être d'ordre ethnique.* Les naissances multiples sont particulièrement fréquentes dans certains pays, ainsi que nous l'avons indiqué (p. 12 et 13) ;

5° *Le rôle de l'âge est des plus nets, et la plupart des statistiques montrent que la moyenne des mères est entre 30 et 39 ans.* Mais les exceptions ne sont pas rares. Gunnar DAHLBERG (2) trouve, en Finlande de 1878 à 1916, de quinze à vingt ans, 4 cas ; de vingt à vingt-cinq, 49 ; de

(1) SANITER, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynakologie*, 1901, t. XLVI, p. 347 à 384.

(2) Gunnar DAHLBERG, *Twins Birth and Twins*. Stockholm, 1926.

vingt-cinq à trente, 86 ; de trente à trente-cinq, 172 ; de trente-cinq à quarante, 299 ; de quarante à quarante-cinq, 84 ; après quarante-cinq, 6 ;

6° *La multiparité joue également un rôle important.* SANITER relève seulement 13% de primipares, PUECH 12%, MIRABEAU 25 %, GRIGG 21 %. En France, pour les grossesses triples, la statistique de WEILL, petite il est vrai, donne six primipares sur huit naissances triples ; Mais on n'est primipare qu'une fois dans sa vie et de telles statistiques devraient être comparées à la fréquence des parités dans les mêmes pays, aux mêmes époques ;

7° *On a dit que la prédisposition aux naissances multiples, allait de pair avec une haute taille, voire même avec un très grand développement des viscères.* On donne en exemple la Suède où les hommes et femmes ont une forte taille et où les naissances multiples sont fréquentes.

8° *On a supposé que la prédisposition aux grossesses multiples allait de pair avec une grande fécondité, une grande prédisposition à la fécondation.* On en a rapporté de nombreuses observations ; par exemple CHARBONNIER signale une femme qui a eu 21 grossesses, la 18^e étant tri-gémellaire, et 19^e gémellaire, sa mère et la mère de son mari avaient eu, chacune, 12 enfants.

De ces divers facteurs, coïncidence avec une forte taille, fréquence dans des races passant pour supérieures (?), apparition fréquente chez des multipares, qui sont meilleures reproductrices, apparition fréquente à la pleine maturité, fréquence chez les grandes « reproductrices » ; on a voulu déduire que la tendance aux grossesses multiples était un signe de grande vitalité. Peut-être. Il faudrait alors dire qu'une grossesse triple est plus admirable qu'une grossesse double. Et que dira-t-on alors

d'une grossesse quadruple ? La surgrossesse serait le fait d'un surhomme ou d'une surfemme, voire même d'un surcouple.

Or, ceci pose la question des anomalies morphologiques. On sait qu'elles ont mauvaise réputation au point de vue des anthropologistes et des criminologistes. On appelle anomalie, dit le dictionnaire anthropologique, toute exception aux lois qui sont l'expression de la moyenne des faits d'ordre biologique ou anatomique. Dans une population où la durée de la vie moyenne ne dépasse pas trente-cinq ans, l'existence d'un centenaire constitue une anomalie ; ce sont des anomalies que le gigantisme, le nanisme... Un géant n'est pas un surhomme, c'est plutôt un taré. Une surgrossesse se doit, *à priori*, être considérée comme une tare.

Voici, à ce propos, l'opinion de M. VALLOIS, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, à qui nous avons posé la question.

« Votre demande soulève le gros problème que se posent souvent les anthropologistes : où est la limite entre le normal et l'anormal ?

Si l'on considère que, pour un caractère donné, la disposition « normale » est celle qui se rencontre le plus fréquemment, on est d'accord pour admettre, conventionnellement (convention vérifiée d'ailleurs, par diverses recherches) que ce caractère, s'il s'exprime numériquement est normal s'il rentre dans la valeur $M \pm 3$. M = la moyenne arithmétique ; ± 3 la moyenne des écarts individuels entre chaque cas particulier et la moyenne arithmétique. En d'autres termes, sont normaux les cas qui ne s'écartent pas de la moyenne générale, d'une valeur supérieure à trois fois l'écart moyen.

Ceci posé, il est certain qu'aucun individu, ni aucun groupe, n'est « normal » par l'ensemble de ses dispositions. La marge des variations est toujours telle que certains cas

franchissent la barrière $M \pm 3$. L'homme « moyen » est une création des anatomistes, de même que le « canon type » est une création des artistes. Ni l'un, ni l'autre n'existent. Déjà SÉGAUD et Marc AULIPPE avaient exprimé cette conception en créant leurs types constitutionnels ; digestif, cérébral, respiratoire et musculaire. Ils exprimaient par là que, dans un individu, il y a toujours prédominances (c'est-à-dire hyperanomalité) d'un appareil déterminé. KRETSCHMER exprime la même idée, quoique d'une façon différente avec ses types : athlétique, asthénique, pycniques.

Bref, vous voyez où je veux en venir : le fait qu'un caractère est « hyper » ou « hypo » par rapport à la normale n'a rien qui puisse faire considérer, un individu comme taré, rien non plus qui puisse le faire considérer, *à priori*, comme un surhomme. Il n'y aurait l'un ou l'autre que s'il y avait corrélation de tout un ensemble de dispositions englobant la presque totalité de l'organisme.

Pour conclure sur le cas qui nous intéresse, il me semble qu'avoir une vitalité plus grande (avec la conséquence obstétricale que vous signalez) n'est qu'une des nombreuses variations par excès que l'on peut rencontrer dans tout homme normal. Cela montre, une fois de plus, que tous les hommes, et toutes les femmes, ne sont pas identiques, vérité dont commence à s'apercevoir la médecine. »

Les grossesses triples où les trois fœtus sont dans un même œuf et celles où deux fœtus sont dans un même œuf, relèvent, sans nul doute, comme les grossesses gémellaires univitellines, d'une tare qui, le plus souvent, est la syphilis congénitale. Peut-être, exceptionnellement, a-t-on le droit de penser à la misère, à l'alcoolisme, à la tuberculose, à une infection locale chronique, aux rayons X (1). Mais il

(1) Dans l'observation 3 de VIGNES, une grossesse triple fut observée chez une femme médecin qui, au début de sa grossesse, avait fait de nombreuses scopies sans protection. M. VIGNES a reçu, à ce propos, une lettre d'une jeune femme médecin de Lyon, qui fit, elle aussi, au début de

convient d'éliminer, de façon certaine la syphilis et il convient de prouver l'action des facteurs incriminés.

S'il en est ainsi, la syphilis joue un rôle primordial dans les grossesses triples, puisque la moitié des grossesses triples comporte un œuf à deux ou trois fœtus (V. p. 15).

Est-ce à dire que le rôle de la syphilis se borne à ces cas ? Il est possible que non et que la syphilis explique la tare qu'est une grossesse gémellaire bivitelline ou une grossesse triple trivitelline, par un mécanisme différent.

*
* *
*

Une grossesse triple avec trois œufs différents peut s'expliquer par le fait que trois ovules arrivent à maturité en même temps et sont fécondés soit simultanément au cours du même coït, soit à peu d'intervalle par le fait de coïts rapprochés. Il se pourrait alors que les pères soient différents et l'on connaît de tels exemples dans les gestations des femelles domestiques. En ce qui concerne l'espèce humaine, APERT cite le cas d'une négresse qui mit au monde, à la fois, un négillon (nègre + nègre), un mulâtre (nègre + blanc) et un cabre (nègre + amérindien).

On s'est demandé s'il était possible que ces triples fécondations ne correspondent pas à la même ovulation ? C'est toute la question de la superfœtation, question très discutée pour laquelle nous renvoyons à De LEE (Edition de 1938, p. 538), au mémoire de VIGNES (*Concours médical*, 28 juillet 1928) et BARBARO. La superfœtation existe-t-elle ? (*Revue anthropologique*, 1925, p. 234).

Un argument important peut se tirer de la différence de poids et surtout de longueur (1). Par exemple, dans notre

sa grossesse, beaucoup de radioscopie mal protégées et accoucha de deux jumeaux univitellins.

(1) Voir W. WOLFF, La longueur des jumeaux comme signe de maturité. *Geburtshülfe und Gynäk.*, 1939, t. 1, p. 570.

cas personnel, il y avait une fille de 47 cm., un garçon de 42, une fille de 42. Comment expliquer une telle différence :

1^o On peut admettre justement que les fécondations se soient produites à une ovulation différente -- une différence d'un mois, expliquerait cette différence de 5 centimètres;

2^o On peut supposer une implantation différente de l'œuf expliquant un développement plus ou moins parfait ;

3^o On a pu incriminer une vitalité différente. Mais, dans notre cas, les deux filles étaient « molles » et le garçon était vigoureux ;

4^o On peut imaginer l'action de facteurs héréditaires mal définis.

Une grossesse triple avec un œuf simple et un œuf double (donc univitelline) est susceptible en ce qui concerne l'œuf double des mêmes explications que les grossesses gémellaires univitellines :

1^o Un seul ovule serait fécondé par deux spermatozoïdes ;

2^o Un ovule à deux noyaux serait fécondé par deux spermatozoïdes ;

3^o Un ovule serait fécondé par un spermatozoïde anormal ayant deux têtes et deux queues (ce cas serait fréquent chez les syphilitiques) ;

4^o Un œuf fécondé se diviserait en deux embryons ;

5^o Pour Franz Buschke (1) le deuxième globule polaire de l'ovule pourrait être fécondé, si le spermatozoïde présente la faculté de donner des jumeaux, il peut féconder l'ovule avant l'expulsion du deuxième globule nucléaire d'où jumeaux univitellines.

Des explications analogues peuvent se déduire pour les grossesses triples univitellines.

(1) BUSCHKE Franz, *Klinische Wochenschrift*, 30-6-34.

*
*
*

La grossesse triple étant une « surgrossesse », il est habituel qu'elle s'accompagne d'une augmentation des troubles gravidiques : vomissements au début et albuminurie à la fin (celle-ci étant souvent précoce), œdèmes, essoufflement, varices.

Ces divers phénomènes vont de pair avec une augmentation anormale de l'utérus. Un graphique qui illustre l'observation en montrera la physionomie, DUNAL a fait remarquer, très justement, que cette exagération de volume commence vers le quatrième ou le cinquième mois. Cette constatation générale qui présente des exceptions par avance (1) ou par retard (2) n'est d'ailleurs que l'exagération d'un phénomène observé dans les grossesses doubles et dans les grossesses simples ; M. VIGNES enseigne qu'elle correspond, à peu de chose près pour cette dernière, à une crise dont les éléments sont les suivants : soudure des caduques, perception des bruits du cœur et renversement des réactions neuro-végétatives du côté vagotonique en direction du côté sympathicotonique.

L'augmentation du volume utérin peut être physiologique et résulter de la croissance normale des trois œufs : mais, souvent, elle résulte d'un hydamnios concomitant. Dans deux cas sur les huit qu'a publié M. A. WEIL, il s'agissait d'un hydamnios aigu. Souvent aussi, il s'agit du début d'un hydamnios chronique. L'hydamnios peut se limiter à une seule poche amniotique ou s'étendre aux trois œufs.

Une autre complication qui s'observe est l'insertion d'un des placentas sur le segment inférieur. On comprend

(1) SAMSON, BOURDEL, CHARPENTIER, cités par VILDERMAN (p. 12).

(2) ROUSSET.

que sur trois œufs, la probabilité est très grande, pour l'un d'eux, d'une insertion sur le segment inférieur.

* * *

Il est assez rare de faire le diagnostic de grossesse triple avant l'accouchement. Souvent, on le fait après l'expulsion du premier, ou après la sortie du second fœtus. Cependant, à l'heure actuelle, grâce à la radiographie les grossesses triples sont souvent décelées : le tout est de penser à l'employer.

L'existence d'une grossesse multiple devra être soupçonnée toutes les fois que le volume utérin est anormalement élevé. Ce n'est pas à dire d'ailleurs qu'une grossesse unique avec un fort hydramnios ne puisse réaliser une hauteur utérine aussi importante que ne le fait une grossesse multiple ; par exemple l'observation 1739 de la thèse de LEGHAY (Paris, 1888) se rapporte à un cas d'hydramnios avec un seul enfant où la hauteur utérine atteignait 50 cm. Mais toujours, un volume utérin exagéré devra faire penser à chercher les signes d'une grossesse multiple. Dans un tel « bloc » il est parfois difficile de dire si l'on a affaire à un excès de liquide, mais on a pas le droit de ne pas y avoir pensé, et de ne pas s'être efforcé d'arriver à un diagnostic précis.

Le diagnostic de grossesse triple peut se fonder sur la palpation :

1^o Tantôt on peut affirmer la présence de trois têtes. Par exemple dans une observation souvent citée (1) PINARD s'exprime ainsi en parlant de la femme F... « On l'examine attentivement au point de vue de la grossesse ; on reconnut que le volume du ventre était exagéré relativement à l'âge de la grossesse... »

(1) PINARD, *Traité du palper abdominal*, 2^e édition, 1889, p. 189.

Quelques jours après mon examen, je pus par le palper, reconnaître trois têtes d'une façon nette pour annoncer trois enfants. Une était dans l'excavation, la seconde dans la fosse iliaque, la troisième, en haut et à peu près sur la ligne médiane, mais extrêmement mobile. Il me fut impossible de trouver trois foyers d'auscultation. Depuis ce moment, je retrouvais à chaque examen les trois têtes, qui furent aussitôt reconnues par quelques élèves.

Ainsi que me l'apprit le D^r BUDIN, le palper était devenu très difficile vers la fin de la grossesse, en raison de la tension et de l'œdème. »

Mais nous remarquerons qu'il faut être bien exercé et qu'il faut se trouver dans des conditions bien favorables pour arriver à identifier trois têtes ;

- 2^o D'autrefois, sans affirmer qu'il s'agit de trois têtes. « on constate qu'il existe trois pôles susceptibles de donner un ballottement. Il en était ainsi dans une observation classique de RIBEMONT-DESSAIGNE (1). « Plusieurs examens faits méthodiquement, me permettent cependant de percevoir nettement une sensation de ballottement caractérisée, un peu au-dessus du niveau de l'aire du détroit supérieur. Elle présente les caractères de la tête, ainsi qu'on peut s'en assurer en palpant et en combinant le palper et le toucher. Cette partie ballote très bien aussi ; et l'on peut faire balloter successivement ou simultanément les deux parties fœtales, sans que les mouvements de l'une soient communiqués à l'autre. Je conclus immédiatement qu'il y a, au moins, une grossesse gémellaire. J'admets aussi l'existence d'une hydropisie de l'amnios considérable. A plusieurs reprises, le même examen me donne des résultats identiques. Le 9 juin, je trouve en palpant la femme P..., un troisième centre de ballottement très éloigné des deux autres, puisqu'il est au-dessous et un peu à

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES in PINARD : *Traité de palper abdominal*, 21^e édition, 1889, p. 191.

droite de l'appendice xiphoïde. Je m'assure immédiatement que les deux autres centres de ballottements existent toujours et que le déplacement provoqué de chacune des régions fœtales découvertes n'est pas communiqué aux deux autres. Bien que l'auscultation soit négative au point de vue de l'existence de plusieurs foyers d'auscultation, je n'en crois pas moins à l'existence d'une grossesse triple. »

M. RIBEMONT-DESSAIGNES souligne : « que ces trois centres de ballottement étaient absolument indépendants » et que « le déplacement provoqué de chacune de ces régions fœtales découvertes n'était communiqué aux deux autres. C'est là une notion importante. Certes, une tête ballote et un siège ne ballote pas, en principe ; donc, trois organes fœtaux qui ballottent impliquent trois têtes. Mais dans le cas de RIBEMONT-DESSAIGNES, on pouvait être affirmatif puisqu'on trouvait :

« trois grosses extrémités indépendantes les unes des autres, et on pouvait imprimer un mouvement à chacune d'elles, sans qu'il fût le moins du monde communiqué aux deux autres ; c'était donc indiscutablement, trois grosses extrémités appartenant à trois fœtus différents » ;

3^o Enfin, la constatation de cinq pôles fœtaux permet également un diagnostic ferme.

Mais il est bien rare que l'on puisse être affirmatif et constater une de ces trois éventualités. La palpation est fréquemment difficile ; en effet, l'infiltration œdémateuse de la paroi et, surtout, la tension considérable des parois utérines, la gênent considérablement et, au total, il est rarissime de pouvoir affirmer une grossesse triple. Aussi, comprend-on le scepticisme que DUNAL professait pour les renseignements fournis par le palper. « Le palper abdominal, à cause de la distension considérable des parois utérines et abdominales, sera ordinairement sans valeur aucune ; et si, dans quelques cas de grossesses gémellaires, il a pu permettre de constater à part la forme particulière

de l'organe, la présence de saillies caractéristiques, il ne saurait en être de même dans les grossesses triples, dans lesquelles la main, dans ses diverses explorations, ne peut que limiter la valeur considérable de l'utérus sans distinguer la moindre bosselure.

Le diagnostic de grossesse triple peut se fonder sur l'auscultation : 1^o on peut découvrir trois foyers distincts. C'est ce que fit, en 1841, BELL FLETCHER (de Birmingham) (1).

« En examinant l'abdomen, on le trouve très volumineux. Le stéthoscope fait entendre un souffle placentaire et trois cœurs placés dans des situations différentes. A six pouces à droite de l'ombilic et à deux doigts au-dessous, on entend distinctement un cœur fœtal ; à gauche et au même niveau, un autre cœur fœtal. A quatre pouces au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, un autre cœur, mais moins distinctement. Ces pulsations, quoique semblant correspondre par leur nombre, sont parfaitement indépendantes, car en auscultant avec soin, les pulsations d'un cœur sont complètement perdues avant qu'on retrouve le second. Les deux premiers ont un foyer qu'on n'entend plus au delà de trois pouces ; le troisième ne s'entend plus à un pouce au delà du point indiqué, il est très faible, mais j'étais convaincu qu'il était indépendant des autres. J'affirmai à la mère et à son entourage la présence de trois fœtus. Le 27 septembre, elle accoucha de trois filles qui vivent aujourd'hui en bonne santé. Je les ai vues ce matin : elles ont été nourries par leur mère et baptisées : « Foi, Espérance et Charité » ;

2^o Il est plus probant de constater une différence entre le nombre de ballottements perçus à chacun de ces trois foyers. C'est ce que réussit à faire DUNAL (2). « J'hésitais

(1) BELL FLETCHER, Diagnostic d'une grossesse triple par l'auscultation. *Lancet*, 1841, p. 862.

(2) DUNAL, Considérations pratiques sur les grossesses triples. *Montpellier médical*, 1860, t. IV, p. 248.

entre une grossesse gémellaire (d'après le volume du ventre, la sensation confuse de ballonnement) et une hydropisie de l'amnios. Pour éclaircir mes doutes, je procède à un examen stéthoscopique plus complet et, à ma grande surprise, il me semble constater dans trois points différents, la présence de bruits fœtaux » ;

3^o Le diagnostic sera encore plus assuré si trois observateurs exercés auscultent simultanément les trois foyers pendant un même temps donné, et si les résultats obtenus par chacun d'eux sont sensiblement différents.

Le diagnostic de grossesse triple peut aboutir à une certitude quasi-absolue par l'emploi de la radiographie. Nous ne donnerons pas le détail des divers cas qui ont été publiés depuis le cas princeps de Lars EDLING, paru en 1911 et celui d'Essen MOELLER, paru en 1920, dans *Gynécologie et Obstétrique*. On comprend qu'une telle méthode fasse la preuve lorsqu'elle est positive et que l'on voit trois têtes ou trois colonnes vertébrales. Il ne faut pas hésiter à y avoir recours dès qu'on est en présence d'un utérus gravide trop gros pour l'âge des dernières règles. Dans le cas n^o 3 de VIGNES et dans le cas n^o 4, c'est parce que notre Maître pensait à une grossesse gémellaire et qu'il en demandait la confirmation à la radiographie, qu'il a reconnu la présence de trois enfants. Cependant la radiographie n'est pas absolument infaillible :

1^o Il faut que le fœtus ait atteint un âge où la calcification soit suffisante pour assurer la visibilité et où soient calcifiés certains os ou ensembles osseux faciles à identifier, tels que vertèbres, crâne, gril costal. En cas d'enfant unique, c'est au cours du quatrième mois et ultérieurement qu'on peut être affirmatif. Les cas de EDLING ont été observés au cours du quatrième mois.

M. VIGNES a reproduit dans le Duplay, Rochard, Demoulin et Stern, le cas d'une femme M... pour qui le diagnostic fut fait à la même époque. Cette femme entra dans son

service pour métrorragies au cours du quatrième mois de la grossesse. Dernières règles du 14 au 19 septembre, radiographie le 8 janvier, soit 115 jours après les dernières règles. La hauteur utérine était de H. U. 15 cm. Avortement le 14 février d'un fœtus né vivant qui pesait 360 grammes. Sur la radiographie, on voit nettement un fœtus. Mais il s'agit d'un fœtus unique et l'on peut concevoir qu'en cas de grossesse multiple et en particulier de grossesse triple, la calcification soit plus retardataire et qu'il y ait là une cause d'erreur pour les grossesses au quatrième et même au cinquième mois. L'observation 4 de VIGNES montre bien cette difficulté ;

2° WAHL, dans son excellent traité, insiste sur la difficulté qui peut résulter d'un hydramnios ou d'une adiposité exagérée de la paroi ;

3° Les fœtus peuvent être situés sur des plans différents et, le centrage de la radiographie peut être rendu difficile de ce fait, surtout s'il y a de l'hydramnios, en sorte qu'un ou deux fœtus peuvent passer inaperçus ;

4° Un fœtus mort peut être très imparfaitement ossifié, et difficile à trouver ;

5° Certains auteurs ont supposé qu'un fœtus ayant bougé a pu donner deux images, ce qui est peu probable.

* * *

ACCOMMODATION, ACCOUCHEMENT, DÉLIVRANCE

En ce qui concerne les présentations, toutes les combinaisons sont possibles. Par exemple : MIRABEAU, sur 42 accouchements triples, relève 10 fois, trois sommets ; 4 fois, trois sièges ; 12 fois, deux sommets et un siège ; 15 fois, un sommet et deux sièges ; 1 fois, un sommet, un

siège et une épaule. D'autres auteurs ont été frappés de ce que, souvent, le troisième fœtus, étant trop à l'aise, se présente par l'épaule. Mais, manifestement, le sommet est la présentation la plus fréquente.

Comme dans les gémellaires, les dégagements en occipito-sacrée sont plus fréquents qu'au cas d'une grossesse unique.

Les accrochages entre fœtus sont absolument exceptionnels.

Dans l'observation inédite que nous reproduisons (p. 51), on remarquera que le premier fœtus se présentait transversalement et qu'une attente imposée par une circonstance fortuite a permis au siège de se centrer,

L'accouchement du premier fœtus ne présente aucune particularité.

L'accouchement du second fœtus et du troisième fœtus laissés à eux-mêmes, peuvent succéder à celui du premier. Après un bref temps de repos, l'utérus se contracte et assure l'évacuation de ses deux hôtes. Mais il peut, aussi, y avoir un arrêt prolongé entre chacun des trois et, par exemple, dans le cas de SÉNEBIER, le premier fœtus vint au monde le 29 août à 17 heures, le deuxième le 6 septembre à 4 heures et le troisième le 6 septembre à 18 heures.

La délivrance peut se faire de trois façons différentes : le plus habituellement, il y a expulsion en totalité, après la naissance du dernier fœtus ; — plus rarement, chaque délivrance sort après chaque fœtus ; — dans d'autres cas, enfin, un placenta est expulsé après le premier fœtus et deux placentas après le troisième fœtus ou bien deux placentas sont expulsés après le deuxième enfant et le dernier après le troisième.

Dans le premier cas, la masse placentaire est volumineuse et on peut éprouver quelquefois certaine difficulté à la tirer au dehors. *Il arrive qu'il se produise des hémorragies entre l'accouchement et la délivrance* : c'est que un ou

plusieurs des placentas ont été, partiellement décollés au cours de l'accouchement spontané ou opératoire.

Il arrive qu'après la délivrance, on observe des hémorragies :

1^o Tantôt l'hémorragie est due à ce que chacune des trois plaies placentaires laisse écouler la quantité de sang que fournirait une seule plaie ;

2^o Tantôt l'utérus dont les fibres ont été distendues à l'excès, se rétracte mal ;

3^o Tantôt, enfin, la rétention d'un fragment ovulaire est une cause de saignement. Une telle rétention est souvent difficile à établir par l'inspection d'un délivre assez diffus. Aussi M. VIGNES enseigne-t-il qu'il y a intérêt à pratiquer une révision utérine au moindre doute de délivrance incomplète.

* * *

Le pronostic maternel n'est pas spécialement défavorable. Evidemment, la grossesse est plus fatigante, les gestoses sont un peu plus fréquentes et, en particulier, l'albuminurie gravidique et ses complications. Quant à l'accouchement il faut tenir compte du risque hémorragie, du risque rétention placentaire et du risque infection, tous trois un peu plus élevés que normalement.

Il faut tenir compte aussi, ultérieurement, d'une plus grande lenteur à se remettre. Pendant plusieurs mois, ces femmes doivent être surveillées, soignées, aidées, voir même choyées.

Le pronostic pour les produits de la conception est assez mauvais : mort, in-utéro naissance prématurée, chétivité habituelle.

Le pronostic est plus mauvais pour les univitellins que pour les trivitellins.

A la différence des enfants uniques, le pronostic, dans

un même trio, serait meilleur pour les garçons que pour les filles.

A la longue, le pronostic s'arrange pour beaucoup. Cependant faut-il aller jusqu'à dire avec FISHER que 115 survivants de grossesses triples sont, à un âge donné, équivalents aux enfants issus de grossesses uniques (1).

Les enfants nés de grossesses triples ont tendance à l'anémie ferriprive plus encore que les jumeaux puisque c'est en trois qu'a été réparti l'excès de fer de la mère ; ils souffrent aussi de façon précoce d'un état calciprive.

*
* * *

CONDUITE A TENIR EN CAS D'UNE GROSSESSE TRIPLE

Dès que le diagnostic de grossesse triple est posé, la femme doit être soumise à des règles beaucoup plus strictes que pour une grossesse ordinaire ; règles de surveillance et règles d'hygiène, examens fréquents des urines et prises de tension, repos qui sera de plus en plus sévère et qui comportera le séjour au lit dans les dernières semaines.

Bien entendu, la mauvaise position d'un fœtus ne provoquera aucune tentative de version par manœuvres externes, ce qui est l'avis de tous les auteurs.

Au cours du travail ; deux tendances s'affrontent ; les uns laissent l'accouchement se dérouler spontanément, sauf indication forçant à accélérer l'expulsion de l'un des trois enfants ; les autres interviennent dès que le premier fœtus est sorti. Les temporisateurs procèdent ainsi : après naissance du premier fœtus, on lie le cordon, — on diagnostique la

(1) FISHER R. A., Triplet Children in Great Britain and Ireland, *Proceed. Roy. Soc.*, London, 1928, 2.

présentation du second fœtus, — si celle-ci est longitudinale, on rompt la poche des eaux au bout d'une vingtaine de minutes (1) et on attend l'expulsion. Si la présentation est transversale, on pratique une version, soit par manœuvres internes, puis on procède de même pour le troisième.

D'autres accoucheurs estiment qu'on ne gagne rien à attendre. En particulier, après bien des classiques, notre Maître, M. VIGNES, est partisan d'une intervention rapide pour extraire, en cas de grossesse multiple, le ou les fœtus qui ne sont pas le premier, surtout si l'on est en milieu propre. Le risque d'infection, dû aux manœuvres d'extraction, lui semble minime, par rapport aux inconvénients qui peuvent résulter, pour la mère et pour l'enfant, d'une attente prolongée. Aussi, dès que le premier fœtus est sorti et le cordon lié, va-t-il, par extraction du siège ou par version chercher le second et le troisième fœtus.

La délivrance est souvent délicate à mener.

1^o Naturellement, on y procédera seulement quand on aura des raisons de croire que le placenta est décollé et descendu et, en attendant, on s'abstiendra rigoureusement de toute taquinerie, même sous prétexte d'examen. On guettera la contraction qui décolle, on suivra la modification des dimensions de l'utérus ;

2^o Si une hémorragie se produit entre temps, on procédera à une très soigneuse et très classique délivrance artificielle ;

3^o Même avec une délivrance naturelle satisfaisante, il sera bon, souvent, de s'assurer par une révision utérine, que nul débris, placentaire ou membraneux, n'est resté en place ;

(1) On peut être amené à rompre la poche plus tôt si les contractions réapparaissent plus tôt.

Les absolutistes de la temporisation attendent indéfiniment.

4° On se tiendra prêt à mettre en œuvre rapidement tout moyen d'hémostase —, souvent il sera utile d'utiliser l'ergot et l'hypophyse à titre prophylactique ainsi que les procédés permettant d'éviter le shock par déplétion abdominale.

OBSERVATIONS

Obs. 1. ANDÉRODIAS. — Durée : 240 jours environ. — Poids : 2.820, 3.120 et 2.800 gr. — Poids moyen : 2.600 grs. Trois œufs (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 367).

Obs. 2. BOQUEL. — Durée : 248 jours. — Poids : 2.390, 2.500 et 2.490. — Poids moyen : 2.460 grs. Trois œufs (*Journ. Obst. Gyn. Péd.*, 1906).

Obs. 3. BROHAN. — Durée : 184 jours environ. — Poids : 1.855, et 1.500. — Poids moyen : 1.546 grs (*Gaz. Méd. de Picardie*, août 1920, N° 3).

Obs. 4. CHARBONNIER (1^{re} obs.). — Durée : à terme. — Poids : 2.500, 2.500 et 1.575 grs. — Poids moyen : 1.525 grs. — Nombre d'œufs inconnu (Thèse, Toulouse, 1894-1895).

Obs. 5. CHARBONNIER (2^e obs.). — Durée 252 jours environ. — Poids : 1.800, 1.700 et 1.600 grs. — Poids moyen : 1.700 grs. — Trois œufs (Thèse, Toulouse, 1894-1895).

Obs. 6. COLLORIDI (1^{re} obs.). — Durée : 244 jours. — Poids : 1770, 1.850 et 1.830 grs. — Poids moyen : 1.816 grs. — Trivitelline. Complicazioni morbose della gravidanza multipla (*Anali di ost. e gin.*, juin 1935).

Obs. 7. COLLORIDI (2^e obs.). — Durée : 225 jours. — Poids : 1.720, 1.670 et 1.600 grs. — Poids moyen : 1.663 grs. — Univitelline triamniotique (*Ibid.*).

Obs. 8. COLLORIDI (3^e obs.). — Durée : 246 jours. — Poids : 1.850, 1.350 et 1.270 grs. — Poids moyen : 1.490 grs. — Trivitelline (*Ibid.*).

Obs. 9. COLLORIDI (4^e obs.). — Durée : 206 jours. — Poids : 820, 1.130 et 1.570 grs. — Poids moyen : 1.173 grs (*Ibid.*).

Obs. 10. COLLORIDI (5^e obs.). — Durée : 251 jours. — Poids non relevé. — Poids moyen (*Ibid.*).

Obs. 11. DUNAL. — Durée : 218 jours environ. — Poids : 2.400, 2.350 et 2.040 grs. — Poids moyen : 2.263 grs (*Montpellier médical*, 1860, p. 33, 238 et 349).

Obs. 12. EISENHART. — Durée : 235 jours environ. — Poids : 2.500, 2.500 et 2.000 grs. — Poids moyen : 2.333 grs (*Centralblatt für Gynäk.*, 1889, t. XIII, p. 153).

Obs. 13. ESSEN MOELLER. — Durée : 267 jours. — Poids : 2.980, 1.600 et 2.210 grs. — Poids moyen : 2.260 grs. — Grossesse trivitelline (un moyen de diagnostiquer avant l'accouchement, une grossesse triple (*Gyn. et Obst.*, 1920, t. 2, p. 145).

Obs. 14. GROSSE. — Durée : 237 jours. — Poids : 1.510, 1.670 et 1.480 grs. — Poids moyen : 1.533 grs (*Bull. et Mém. Obst. Gyn. et Péd. Paris*, 1907, p. 241).

Obs. 15. GROSS. — Durée : 251 jours. — Poids 1.700, 1.920 et 2.060 grs. — Poids moyen : 1.960 grs (*Société de Méd. de Strasbourg*, 1870, p. 51).

Obs. 16. GUIHALL. — Durée : 172 jours. — Poids : 850, 800 et 860 grs. — Poids moyen : 857 grs. — 1 placenta, 3 poches des eaux (Thèse Paris, 1900-1901).

Obs. 17. GUIHALL (2^e obs.). — Durée : 290 jours. — Poids : 2.040, 1.600 et 2.400 grs. — Poids moyen : 2.013 grs (*Ibid.*).

Obs. 18. GUIHALL (3^e obs.). — Durée : 235 jours. — Poids : 1600, 1740 et 1750 grs. — Poids moyen : 1.676 grs (*Ibid.*).

Obs. 19. GUIHALL (4^e obs.). — Durée : 238 jours. — Poids : 1.250, 550 et 1 720 grs. — Bivitelline (*Ibid.*).

Obs. 20. GUIHALL (5^e obs.). — Durée : 184 jours. — Poids : 3.000, 1 700 et 2.400 grs. — Poids moyen : 2.433 grs. — Univitelline 3 amnios (*Ibid.*).

Obs. 21. GUIHALL (6^e obs.). — Durée : 226 jours. — Poids : 700, 355 et 620 grs. — Poids moyen : 558 grs (*Ibid.*).

Obs. 22. Mme HENRI (1^{re} obs.). — Durée : 292 jours (durée la plus longue). — Poids : 1.800, 2.800 et 2.320 grs. — Poids moyen : 2.306 grs. — Trivitelline (Thèse de Wildermann, p. 86).

Obs. 23. Mme HENRI (2^e obs.). — Durée : 237 jours. — Poids : 1.780, 2.070 et 1.980 grs. — Poids moyen : 1.943 grs. — Trivitelline (*Ibid.*, p. 87).

Obs. 24. HERGOTT. — Durée : 220 jours. — Poids : 1.830, 1.950 et 1.180 grs. — Poids moyen : 1.653 grs. — Bivitelline. *Bull. Soc. Obs. et Gyn.* Paris, 1912.

Obs. 25. HUGÉ. — Durée : 252 jours. — Poids : 2.000, 1.900 et 1.750 grs. — Poids moyen : 1.883 grs (Thèse de Sémanne).

Obs. 26. JULLIEN (1^{re} obs.). — Durée : 248 jours. — Poids : 2.200, 2.230 et 2.250 grs. — Poids moyen : 2.227 grs (Thèse Paris, 1897).

Obs. 27. JULLIEN (2^e obs.). — Durée : 230 jours. — Poids : 1.970, 1.880 et 1.750 grs. — Poids moyen : 1.866 grs (*Ibid.*).

Obs. 28. — JULLIEN (3^e obs.). — Durée : 280 jours. — Poids : 1.660, 1.350, 1.590 grs. — Poids moyen : 1.533 grs (*Ibid.*).

Obs. 29. JULLIEN (4^e obs.). — Durée : 262 jours. — Poids : 1.700, 1.880 et 1.270 grs. — Poids moyen : 1.616 grs. (*Ibid.*).

Obs. 30. JULLIEN (5^e obs.). — Durée : 264 jours. — Poids : 2.420, 1.450 et 1.930 grs. — Poids moyen : 1.933 grs (*Ibid.*).

Obs. 31. Mlle LASCAUD. — Durée : 202 jours environ. — Poids : 1.400, 1.250, 1.300 grs. — Poids moyen : 1.316 grs (Thèse Sémanne).

Obs. 32. Mlle LASCAUD (2^e obs.). — Durée : 177 jours. — Poids : 520, 550, 630 grs. — Poids moyen : 563 grs. — Pas de renseignements sur le nombre d'œufs (*Ibid.*).

Obs. 33. Mlle LASCAUD (3^e obs.). — Durée : 236 jours. — Poids : 1.450, 1.510, 1.000 grs. — Poids moyen : 1.320 grs. — Pas de renseignements sur le nombre d'œufs (*Ibid.*).

Obs. 34. MIRABEAU. — Durée : 287 jours environ. — Poids : 700, 2.200 et 2.170 grs. — Poids moyen : 1.696 grs (*Munchener Abhandlungen*, 1894).

Obs. 35. MOUSSOUS. — Durée : 256 jours environ. — Poids : 1.005, 1.230 et 980 grs. — Poids moyen : 1071 grs. — Univitelline membranes déchirées (*Bulletin et Mémoires Soc. Chir. et Méd. de Bordeaux*, 1875, p. 220).

Obs. 36. PINARD. — Durée : 282 jours. — Poids : 1.660, 1.350, 1.520. — Poids moyen : 1.510 grs (*Annales de Gyn.*, 1889, t. 31, p. 21).

Obs. 37. PINARD (2^e obs.). — Durée : 273 jours. — Poids : 2.150, 2.720 et 2.950 grs. — Poids moyen : 2.606 grs (*Clin. Obst.*, 1899, p. 99).

Obs. 38. PLAUCHU et GAUDON. — Durée : 256 jours. — Poids : 1.650, 2.050, 2.460 grs. — Poids moyen : 2.053 gr. — Un placenta 3 amnios (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929).

Obs. 39. RIBEMONT-DESSAIGNE. — Durée : 262 jours environ. — Poids : 1.660, 1.350, 1.520 grs. — Poids moyen : 1.510 grs (*In Pinard. Traité du palper abdominal*, 2^e édition, p. 191).

Obs. 40. ROUSSET. — Durée : 265 jours. — Poids : 3.000, 2.700 et 3.040 grs. — Poids moyen : 2.913 grs (moyenne la plus élevée) Trivitelline (*Journ. de Med. de Bordeaux*, 1858, p. 416.).

Obs. 41. SCRIBER (1^{re} obs.). — Durée : 272 jours. — Poids : 1.950, 2.050 et 1.500 grs. — Poids moyen : 1.833 grs. — 3 placentas (Thèse Paris, 1905-1906).

Obs. 42. SCRIBER (2^e obs.). — Durée : 253 jours. — Poids : 1.650, 1900 et 2.100 grs. — Poids moyen : 1.883 grs (*Ibid.*).

Obs. 43. SPERLING (1^{re} obs.). — Durée : 244 jours environ. — Poids : 1.995, 2.080 et 2.100 grs. — Poids moyen : 2.058 grs (*Archiv. für Gynäk.*, 1889, t. 34, p. 401).

Obs. 44. SPERLING (2^e obs.). — Durée 225 jours. — Poids : 1.720, 2.500, 2.210 grs. — Poids moyen : 2.156 grs (*Ibid.*).

Obs. 45. THOYER-ROZAT. — Durée : 117 jours. — Poids : 320, 820 et 720 grs. — Poids moyen : 5.553. — Univitelline triamniotique (*Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, Paris, 1912).

Obs. 46. TRILLAT, EPARVIER et NAUSSAC. — Durée : 8 mois environ. — Poids : 2.020, 2.370 et 1.870 grs. — Poids moyen : 2.086 grs. — Trivitelline (*Bull. Soc. Obs. et Gyn.* Paris, 1930, p. 266).

Obs. 47. VIGNES (1^{re} obs.). — Durée : 280 jours. — Poids : 2.450, 3.100 et 2.250 grs. — Poids moyen : 2.160 grs (in *Revue anthrop.*, 1925, p. 230).

Obs. 48. VIGNES (2^e obs.). — Observation inédite du n° 1205 de 1936 (Service du Dr VIGNES à la Maternité des Enfants-Assistés. — Mme C..., primipare, de 25 ans. D. R. du 28 février; le 14 septembre 1936, à six mois et demi, la hauteur utérine est de 34 cm. On essaie de retarder par le repos l'accouchement qui menace.

Celui-ci a lieu le 30 septembre (hauteur utérine 42 cm.). Forceps sur premier fœtus : 1.950 grs., le placenta le suit (poids :

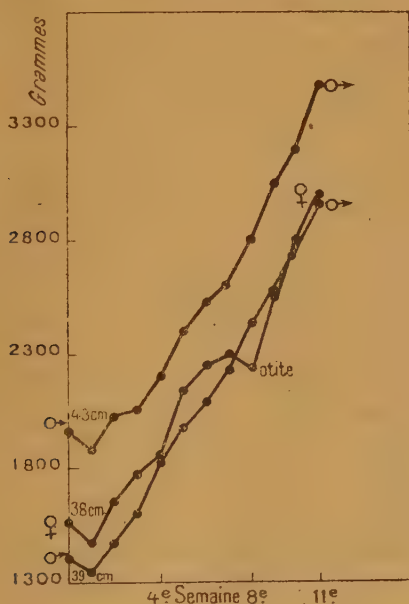


FIG. 2. — Graphique de croissance des enfants.

500 grs), puis extraction de deux fœtus 1.300 grs et 1.570 grs. Masse placentaire pesant 640 grs on individualise deux œufs. En somme, grossesse triovulaire. Le 18 décembre, ces enfants pèsent 2.960, 3.000 et 3.480 grs. Quelques heures avant l'accouchement M. VIGNES fit faire un prélèvement pour réaction d'Ascheim-Zondek. Celle-ci que nous devons à l'obligeance du Professeur SIMONNET et à la générosité des laboratoires Byla (N° 928 de 1936) donne les résultats suivants :

Résultat à 1.000 unités : positif				
—	10.000	—	—	
—	20.000	—	—	
—	25.000	—	—	limite

Obs 49. H. VIGNES (3^e obs. du Service paru dans la *Presse médicale*, 30 juillet 1941).

« Mme X... vient me consulter, le 15 août 1940, pour sa quatrième grossesse (dernières règles : 3 mars) et pour le volume très développé de son utérus.

Ses antécédents sont bien simples. Elle a 32 ans. Elle a toujours été bien réglée. Elle a déjà eu trois grossesses depuis 1929 : une première (obs. 2.638) qui a duré 267 jours depuis la fin des dernières règles et deux cent cinquante-sept après son mariage et qui s'est terminée par la naissance d'un garçon pesant 3.500 grs, mesurant 50 cm. ; une deuxième (obs. 3.542), 274 jours, garçon 2.900 grs et 50 cms ; une troisième (obs. 7.998), 271 jours 2.800 grs et 49 cms. Les accouchements ont été tous un peu prématurés et si l'on accepte comme normales moyennes le chiffre de 282 jours, ils ont tous été rapides et, même, très rapides.

Le diagnostic de grossesse triple. Les dernières règles ont eu lieu du 3 au 7 mars ; le mari est venu en permission le 21 mars. Je constate, comme l'a fait ma cliente (laquelle est docteur en médecine), une hauteur utérine de 25 cm., ce qui est un chiffre élevé : à cinq mois, elle aurait dû avoir H. U. = 16 cm. approximativement. Dans cet utérus très peu étendu, je découvre facilement, par le palper, 3 pôles et n'en cherche pas davantage. Mme X... est un peu dyspnéique, un peu cyano-

lique ; ses symphyses pelviennes sont très douloureuses ; son ventre est couvert de vergetures qui viennent d'apparaître à cette grossesse-ci. Je prescris une radiographie comme je le fais pour toute grossesse gémellaire douteuse, et même, certaine.

Le lendemain, elle m'apporte une radiographie faite par A. Bisson qui montre non pas deux, mais trois fœtus, dont l'un a le sommet très engagé. Voici cette radio (fig. 3) très retouchée par P. Pizon pour vous faciliter l'interprétation. Si j'avais poursuivi l'exploration du contenu utérin, j'aurais sans doute pu, dès la veille, faire ce diagnostic par le palper.

Etant donné les signes fonctionnels que présente Mme X... et étant donné son vif désir de mener sa grossesse à terme, je lui prescris un repos strict, une bonne alimentation, l'ingestion alternative de fer (fer réduit : 1.50 par jour) et de calcium (chlorure de calcium ; 4 prises de 1 gr. chaque jour) et des analyses d'urines fréquentes, car il existe un risque élevé d'albuminurie gravidique dans ces « surgrossesses » que sont les grossesses multiples.

Mme X... retourne à la campagne et me tient au courant de son état.

L'albuminurie gravidique apparaît à la fin du septième mois : l'analyse du 11 octobre montre, en effet, 3 gr. 40 ; la tension artérielle est un peu élevée (14-8.5) ; l'urée est basse ainsi qu'il en est dans les albuminuries gravidiques sans néphrite (0,17). Nous correspondons avec Mme X... et il est convenu qu'elle se mettra au régime lacté avec addition éventuelle de légumes et fruits.

L'albuminurie persiste : 1 gr. 90 le 20 octobre avec quelques leucocytes et quelques cellules rénales ; 1 gr. 20 le 29 octobre ; 3 gr. 30 le 3 novembre avec des hématies, de rares leucocytes et des cellules rénales ; la présence des hématies montrant, sans doute, l'existence d'une néphrite gravidique consécutive à la gestose qu'est l'albuminurie gravidique. La tension reste basse : la maxima varie entre 12,5 et 14 et la minima est aux environs de 8.

Le 9 novembre, Mme X... rentre à Paris où je la vois avec Mme Bertrand-Fontaine. Est-ce l'effet du voyage ? Ou est-ce l'effet d'un peu de viande autorisée pendant les derniers jours

du séjour à la campagne ? Toujours est-il que l'albumine a augmenté (8 grs). Un examen du sang fait par Glomaud montre une très nette augmentation de l'urée, soit 0,35 (ce qui est un chiffre élevé pour une femme enceinte) et une baisse des albumines, soit 37 de sérine (au lieu de 50 à 55) et 21 de globuline (au lieu de 30 à 35). Craignant l'azotémie plutôt que l'hypoprotéidémie, nous revenons au régime lacté ; puis, étant donné les difficultés actuelles de l'alimentation et malgré tous nos efforts, nous sommes obligés de nous en tenir au régime lacto-végétarien.

L'albumine ne diminue pas : le 17 novembre, malgré le régime, elle est de 10 grs. Malgré que Mme Bertrand-Fontaine considère la menace d'une lésion rénale définitive comme non imminente encore, je reste inquiet et je me demande s'il n'y aura pas lieu d'interrompre la grossesse, quand, le 19 novembre à minuit, Mme X... perd les eaux et entre en douleurs, 254 jours après la fin des dernières règles, ce qui est une bonne durée pour une grossesse triple. On sait, en effet, que, dans les grossesses multiples, la distension utérine et, peut-être aussi, d'autres facteurs tenant aux modifications gravidiques de l'organisme avancent habituellement le terme de la grossesse : les grossesses gémellaires se terminent, en moyenne, entre 260 et 270 jours et les grossesses triples doivent se terminer plus tôt encore.

L'accouchement est très simple. Au bout d'une heure et demie, Mme X... expulse une fille, sommet, 2.550 grs et 45 cm. ; un quart d'heure après, je romps une poche des eaux et une seconde fille se dégage en O. S., 2.440 grs et 46 cm. (le dégagement en O. S. est fréquent lors de l'expulsion d'un second jumeau) ; enfin, 10 minutes après, j'extrais une troisième fille, siège 1.450 grs et 40 cm. J'injecte du coagulen pour diminuer le risque d'hémorragie. Vers 2 h. 15, après plusieurs contractions longues, violentes, mais exsangues, j'extrais un placenta épais pesant 1.470 grs. Mme X... ne saigne absolument pas.

J'examine les enfants. Les deux premières sont normales comme poids, comme longueur, comme aspect, comme circonférences craniennes par rapport à la date des dernières règles. La troisième est de taille et de poids nettement inférieurs à la normale et elle a une absence presque complète du tissu adipeux.



FIG. 3. — Radiographie à la fin du cinquième mois de la grossesse.



J'examine le placenta. Il est uni-ovulaire et comporte trois amnios. Les placentas uni-ovulaires sont relativement rares dans les grossesses triples puisque CANNAC a relevé 62 fois un œuf double et un œuf simple, 36 fois trois œufs et 15 fois seulement un œuf uni-ovulaire triple. Les trois zones placentaires correspondant aux trois enfants de taille inégale : à la plus grande correspond l'enfant du plus grand poids, à la plus petite correspond l'enfant du plus petit poids. Le lendemain, mon interne fera un décalque de ces trois surfaces que je vous présente. Vous y verrez cette différence : la surface de gauche mesure 163 cm² complets et 41 cm² incomplets et correspond à l'enfant de 2,250 grs ; celle du milieu mesure 98 et 31 cm² et correspond à l'enfant de 1.450 grs ; celle de droite mesure 140 et 31 cm² et correspond à l'enfant de 2.440 grs (fig. 4).



FIG. 4. — Décalque des trois surfaces placentaires.

Ce dessin et ces mesures illustrent bien la loi formulée par ADAIR et THÉLANDER, à savoir que le poids des enfants est fonction, pour une part, de la surface placentaire. On a discuté sur le rapport existant entre le développement du placenta, siège des échanges entre mère et fœtus, et le développement de l'enfant. Pour WESTERMARK, il existe un rapport entre le poids de

l'un et le poids de l'autre sans que ce rapport soit mathématique. Pour SFAMENI, il y a un rapport entre le volume du placenta et le poids de l'enfant. ADAIR et THELANDER ont substitué aux notions de poids ou de volume placentaire la notion de surface qui serre de plus près la vérité. A. MAYER a voulu introduire la notion de surface des villosités, plus logique, mais d'appréciation bien difficile.

Pendant que nous examinons ce placenta uni-ovulaire, on fait à Mme X..., par précaution pour éviter un choc *ex vacuo*, une injection d'éphédrine. Nous discutons l'origine de cette grossesse triple. Quelque syphilis familiale est, peut-être, à soupçonner, mais rien ne prouve ni son existence, ni son rôle dans le cas présent. Mme X... propose une hypothèse : pendant les mois de février et mars, il s'est trouvé qu'elle a pratiqué de nombreuses radioscopies et elle les a faites sans protection ; elle a eu, à ce moment, du prurit au niveau des mains ; elle se représente que peut-être, les rayons ont pu léser un ovule et que cette grossesse triple uni-ovulaire serait une malformation consécutive à cette lésion. Je dois vous dire, de suite, qu'ayant soumis, les jours suivants, cette interprétation à mon ami A. LACASSAGNE directeur de l'Institut du Radium, et à mon maître le Professeur BOHN, connu pour ses travaux sur l'action cyto-toxique du radium, l'un et l'autre m'ont dit ne pas connaître de faits cliniques ou expérimentaux susceptibles d'être apportés comme confirmation de cette hypothèse.

L'évolution ultérieure de la néphrite gravidique a été satisfaisante et s'est faite vers la guérison. Sans entrer dans le détail des six analyses qui ont été pratiquées depuis le 19 novembre, jour de l'accouchement, seulement, que l'urée a varié de 0,25 à 0,32, que la constante est descendue de 0,137 (19 novembre) à 0,045 (14 janvier) et que le sédiment a montré de rares cellules rénales, de très rares leucocytes et, une seule fois (le 6 décembre), de rares hématies. L'albumine, de 2 grs au lendemain de l'accouchement, descend progressivement à 0,10-0,20 au début de novembre et, après quelque temps, elle n'est plus qu'à l'état de traces indosables. Sous réserve d'un ultérieur « conseil de révision », on peut considérer le trouble fonctionnel gravidique du rein ou la lésion gravidique rénale comme guéri.

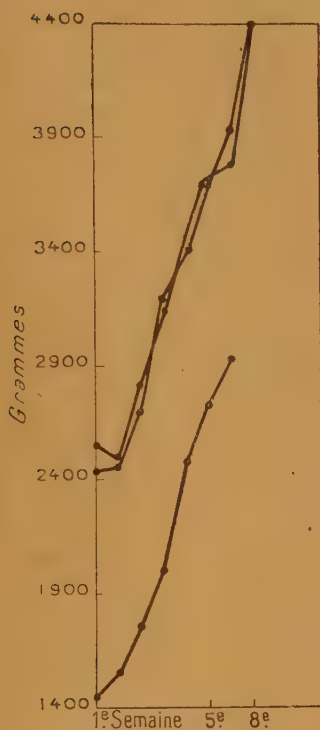


FIG. 5. — Graphique de la croissance.

Un mot de puériculture. L'alimentation des enfants fut réglée avec Raymond JOSEPH qui voulut bien surveiller chaque jour les rations. Le nombre des repas fut de huit, puis de sept. Très sommairement, nous dirons que ces enfants ont eu du lait de femme, du lait de leur mère, du lait sec et du lait frais acidifié et additionné de farines. Le lait de femme provenait de mon Service et il nous permit de nourrir les enfants dès les premiers jours, de sorte que nous pûmes diminuer la perte de poids initiale et, même, la supprimer pour un des enfants (voir fig. 5). Le lait de la mère analysé un jour (échantillon mixte) contenait 50 grs de beurre, 12 grs de lactose, 74 grs de caséine. Mme X... était une très bonne productrice de lait qui, à un moment, donnait assez de lait pour deux enfants. Le lait de vache acidifié fut employé avec l'idée d'en faire l'aliment définitif des deux

fillettes ayant bon poids. Quant au lait sec, il était destiné, dans notre idée, à faire la liaison entre le stade du lait humain et le stade du lait acidifié.

Au début, les deux fillettes de poids satisfaisant eurent du lait de leur mère et du lait Gallia ; comme elles tétaient énergiquement, elles assurèrent un bon établissement de la sécrétion lactée ; elles furent mises au lait acidifié à 3 semaines et cessèrent de recevoir le lait maternel. La micro-fillette fut nourrie au lait de femme exclusivement au début. Quand elle eut la force de têter, on la mit au sein maternel, la sécrétion ayant été établie par les efforts de ses sœurs.

La croissance de ces enfants a été très satisfaisante. La croissance staturale a été parfaite puisque le cinquante-deuxième jour, les tailles avaient augmenté de 7 cm. pour chaque enfant, pas-

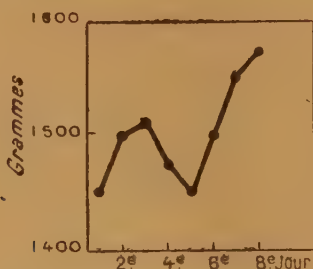


FIG. 6. — Détail de la croissance pendant la première semaine pour la plus petite des triplettes. « Quand l'enfant s'est débarrassé de ces excréta (méconium, urine) pendant l'accouchement, il présente une baisse légère et peut même augmenter dès le lendemain. De même, la baisse de poids peut ne pas se produire quand l'enfant est mis, dès la naissance, au sein d'une nourrice » à l'exclusion du biberon]. (LESAGE, *Traité des maladies du nourrisson*. Masson, édit., p. 129).

sant respectivement de 45 cm. à 52, de 46 à 53, de 40 à 46,5. La croissance pondérale a été également très satisfaisante, puisque, pour chacune des trois enfants, elle fut de 4 kgr. en deux mois. On pourrait presque dire qu'elle fut trop satisfaisante, ce chiffre étant un peu supérieur au gain pondéral habituel en sorte qu'à certains jours, j'ai été inquiet de l'ascension trop rapide de la courbe. Mais, à aucun moment, il n'y eut de signes faisant craindre d'intolérance digestive.



FIG. 7. — Photographies prises le 16 décembre.

Incidents morbides divers. — La troisième fillette, la plus petite, a présenté des accès de cyanose, les troisième, quatrième et cinquième jours ; le fait n'est pas rare chez les prématurés et les débiles. Elle a eu, pendant le premier mois, de l'instabilité thermique, sa température quotidienne variant sans motif de 36°4 à 39°5. Vers le dixième jour, elle a présenté quelques bulles pemphigoïdes qui furent discrètes et fugaces. Au cours de la sixième semaine, elle nous inquiéta par une poussée de rhinopharyngo-bronchite aiguë avec fièvre, mais sans retentissement sur la courbe de poids.

La deuxième fillette a eu un angiome de la région deltoïdienne droite qui est apparu vers le dixième jour et qui a pris un développement considérable vers le quarantième jour, en surface et en profondeur. Mlle J. M. GUINIER fait une application de radium le 13 janvier. Cette enfant présente également un petit élément de télangiectasie sur la pommette droite.

Deux mois après la naissance, le 17 janvier, au matin, la mère et ses trois enfants prirent le train pour le Maine. L'infirmière qui les accompagna à la gare nous rapporta que les personnes du même compartiment firent force protestations en voyant arriver trois bébés. « Et ceci prouve sans doute qu'il n'y a rien de changé en France ».

Obs. 50. VIGNES (obs. n° 4, inédite).

Mme L... est enceinte, pour la première fois en 1928, elle a à ce moment 23 ans. Elle est réglée 6 jours tous les 28 jours, sans douleur. Cette première grossesse remonte aux règles du 25 juin 1928 et l'accouchement a lieu le 20 mars 1929, c'est-à-dire 265 jours après les dernières règles. Cet accouchement est rapide : il dure 2 h. 20, et se termine par la naissance d'un garçon mesurant 45 cm. et pesant 3 kgr. 360, avec un gros placenta de 760 grs.

En 1930, Mme L... est de nouveau enceinte ; ses dernières règles sont du 17 novembre, le 17 février, soit 3 mois après, elle expulse un œuf dévitalisé énorme avec hydramnios, qui contient un minuscule embryon de 2 à 3 mm. On fait un curetage. L'examen histologique de l'œuf montre, à côté de villosités normales, un certain nombre de villosités à type molaire et des polynu-

cléaires dans la caduque; lesquels sont souvent groupés en amas.

Nouvelle grossesse en 1934, les dernières règles sont du 24 octobre ; Mme L... présente, cette fois, de l'hydrorrhée et de l'ovaralgie. Le 15 janvier, avortement (en deux temps) d'un œuf mort. Le Professeur OBERLING, consulté ne constate pas de signes évidents de syphilis, comme pouvaient le faire penser le gros placenta de la première grossesse et l'hydramnios de la seconde.

Quatrième grossesse. Les dernières règles sont du 4 au 7 janvier 1936. On pratique, au début, des injections de corps jaune. Le 6 octobre, c'est-à-dire 270 jours après les dernières règles, Mme L... a une rupture prématurée des membranes, elle entre en travail le 7 octobre à 23 heures et accouche le 8 octobre, à une heure du matin par le siège, d'un garçon pesant 3 kgs 880 ayant 51 cm. de longueur avec un placenta qui pèse seulement 550 grs.

Enfin, nous arrivons à la grossesse triple ; les dernières règles sont du 3 janvier 1943. Dès le 22 avril, c'est-à-dire 108 jours après les dernières règles, la hauteur utérine est anormalement élevée à 15 cm. Le 24 mai (140^e jour) la hauteur est à 26 cm. ; M. VIGNES, frappé par ces dimensions, demande une radiographie qui est faite par le Dr X... radiologue compétent et consciencieux : celui-ci répond qu'il y a un seul fœtus. La grossesse continue son cours, et, aussi, l'augmentation de volume en sorte que, le 12 août, la hauteur utérine mesure 37 cm. (222^e jour). Au début de septembre, M. VIGNES frappé par ce volume, fait pratiquer une nouvelle radiographie qui montre distinctement trois fœtus. Le 13 septembre, Mme L... perd les eaux à 22 heures et entre en douleurs peu après. On prévient M. VIGNES qui arrive à l'hôpital vers 23 h. 30 et qui constate une dilatation à peu près complète et un premier fœtus se présentant en transverse. La salle d'accouchement n'étant pas libre et la femme souffrant peu, il est amené à attendre un certain temps, environ trois quarts d'heure, il examine, à nouveau, la femme et constate qu'il s'est produit une version spontanée qui a transformé le gril costal en siège. Il extrait, successivement, en douze minutes, une fille pesant 1.800 grs, 42 cm. de longueur ; puis, par version, une autre fille pesant 2.760 grs, mesurant 47 cm. et enfin, un garçon

pesant 1.880 grs, mesurant 42 cm. Il y a trois œufs distincts, dont la masse totale pèse 940 grs.

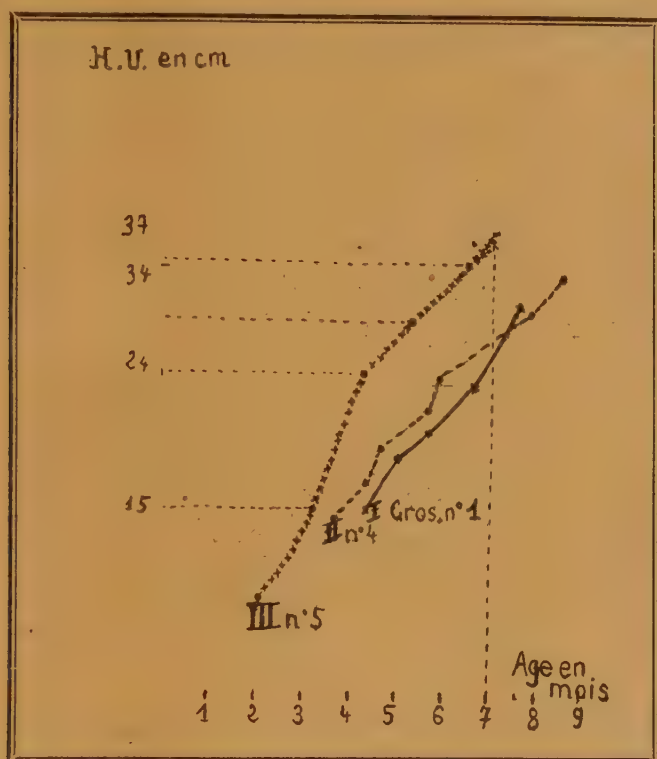


FIG. 8. — Graphique de la hauteur utérine, aux différentes grossesses menées jusqu'à l'accouchement.

Divers incidents ont marqué la vie de ces trois nouveau-nés. Les filles étaient plus molles et moins vigoureuses que le garçon, et tétaièrent difficilement. Mme L... qui avait été excellente nourrice les deux autres fois, fournit des quantités insignifiantes de lait. Est-ce une conséquence des restrictions alimentaires actuelles, ou le fait que les trois fœtus avaient exercé une spoliation trop intense des réserves tissulaires dès la grossesse ? Les infirmières prétendent qu'on aurait pu obtenir facilement du lait par expression ; mais Mme L... ne voulait pas qu'on abîme ses seins qui, pourtant, étaient déjà volumineux et prolabés. En

tout cas la pompe électrique de Abt n'a pas donné de résultats. Il a été impossible de se procurer du lait de femme dans le Service, sans doute à cause de l'effet exercé par les restrictions

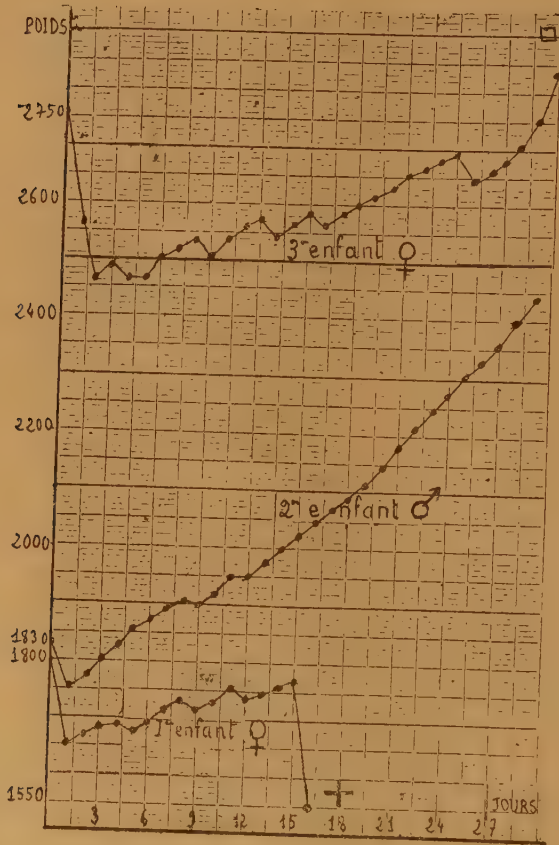


FIG. 9. — Courbe de croissance des triplets.

alimentaires sur la sécrétion lactée des nourrices. On verra sur les courbes jointes, la façon dont ces trois enfants ont pris du poids. La fille n° 1 de 1.800 grs a toujours été très molle, et ne digérait pas bien ; elle prenait, cependant du poids ; un certain jour, elle pâlit, prit seulement 10 grammes, eut des selles



FIG. 10. — Radiographie n° 1 au 5^e mois.

liquides et grumeleuses et une très légère rhinite. Malgré une transfusion de sang maternel dans le sinus, l'enfant s'éteignit le lendemain... Pourquoi cette mort ?

Il y avait eu un refroidissement de l'atmosphère. Le 23 septembre, M. VIGNES avait écrit au Directeur de l'Hospice des Enfants-Assistés pour faire chauffer le Service : le Directeur transmit la demande à l'Administration Générale de l'A. P. qui refusa de faire allumer avant la date fatidique du 1^{er} octobre. Est-ce ce refroidissement qui est la cause de la mort de l'enfant ? Peut-être : dans le même temps, un quotidien fit un article, pour déconseiller aux femmes d'amener leurs nourrissons aux consultations des hôpitaux insuffisamment chauffés.

La fille qui pesait 2.700 eut longtemps des selles fétides et assez mauvais état. M. RIBADEAU-DUMAS qui vint la voir, conseilla, avec plein succès, l'emploi de babeurre.

Quant au garçon, sa croissance fut superbe et sans histoire.

Reste à expliquer l'insuccès de la première radiographie. Le médecin qui l'avait pratiquée a suggéré que l'ossification était insuffisante lors de l'examen. Et ceci pourrait bien comporter une part de vérité. Il n'est pas absurde de supposer qu'il y ait eu superfétation et que le deuxième fœtus, celui qui, à la naissance, pesait 2.760 grs, était seul lors de la radiographie à être suffisamment ossifié pour être visible.

D'autre part, si on regarde le cliché, il y a une particularité, qui n'a frappé ni le radiologiste, ni M. VIGNES, c'est à savoir qu'on voit, très à droite, une colonne vertébrale et, très à gauche, des petits membres ; on aurait dû se méfier que des membres ne pouvaient être aussi éloignés de leur rachis.

Cette première radiographie a été montrée au Dr PIZON qui a pratiqué la seconde ; celui-ci a émis les réflexions suivantes :

« Il semble que l'insuccès de la première radiographie tienne à deux facteurs, l'un technique, l'autre obstétrical. Techniquement, le cliché ayant été pris dans le décubitus dorsal, l'utérus se trouve, de ce fait, le plus éloigné possible de la plaque, d'où un « flou géométrique » important ; d'autre part, cette incidence laissant l'utérus libre permet les mouvements fœtaux, d'où l'addition du « flou de mouvement ». Du point de vue obstétrical, le cliché ayant été pris vers le cinquième mois et l'accou-

chement ayant montré le développement un peu réduit des trois fœtus, il est possible que les ombres fœtales aient été, à cette période, encore trop ténues pour pouvoir être discernées nettement. En conclusion, si la technique avait été plus précise, il eut été possible d'analyser peut-être mieux le magma relativement opaque d'où émerge l'unique colonne visible ».

Obs. 51. AM. WEILL (1^{er} cas). — Durée : 280 jours. — Poids : 1.570, 2.500 et 2.000 grs. — Poids moyen : 2.023 grs. — Bivitelline, grossesse trigémellaire (*Gyn. et Obst.*, 1935).

Obs. 52. AM. WEILL (2^e cas). — Durée : 220 jours. — Poids : 2.300, 1.880 et 2.500 grs. — Poids moyen : 2.227 grs. — Bivitelline (*Ibid.*).

Obs. 53. AM. WEILL (3^e cas). — Durée : 234 jours. — Poids : 1.400, 2.010 et 1.380 grs. — Poids moyen : 1.730 grs. — Trivitelline (*Ibid.*).

Obs. 54. AM. WEILL (4^e cas). — Durée : 165 jours : Poids environ 450, 160 et 560 grs. — Poids moyen : 390 grs. — Bivitelline biamniotique (*Ibid.*).

Obs. 55. AM. WEILL (5^e cas). — Durée : 135 jours. — Poids : 170, 220 et papyracé. — Bivitelline probable (*Ibid.*).

Obs. 56. AM. WEILL (6^e cas). — Durée : 272 jours. — Poids : 3.040, 2.820, 2.450 grs. — Poids moyen : 2.770 gr. — Trivitelline (*Ibid.*).

Obs. 57. AM. WEILL (7^e cas). — Durée : 270 jours. — Poids : 2.500, 2.600, 3.000 grs. — Poids moyen : 2.700 grs. — Univitelline (3 amnios) (*Ibid.*).

Obs. 58. AM. WEILL (8^e cas). — Durée : 270 jours. — Poids non noté. — Trivitelline (*Ibid.*).

Obs. 59. WILDERMANN. — Durée : 282 jours. — Poids : 1.700, 1.880 et 2.170 grs. — Poids moyen : 1.916 grs (Thèse de Paris).

CONCLUSIONS

La fréquence des grossesses triples en France est d'environ 1 pour 10.000 grossesses simples, cette fréquence étant plus élevée dans certains pays d'Europe.

Leur durée est habituellement plus courte que celle des gémellaires, 250 à 259, contre 260 à 269 jours ; les grossesses gémellaires étant elles-mêmes plus courtes que les grossesses simples qui durent en moyenne 280 à 289 jours, chiffres moyens de H. VIGNES.

Les enfants issus de ces accouchements présentent un poids et une vitalité plus faible que ceux des autres enfants nous avons à ce propos reproduit la courbe qui indique les poids suivant le nombre des enfants.

Le nombre des garçons y est plus élevé que celui des filles comme pour les grossesses doubles et simples.

Les grossesses triples relèvent de causes analogues à celles des grossesses gémellaires, la syphilis joue donc un rôle important dans leur génèse.

Alors qu'autrefois le diagnostic était rarement fait, aujourd'hui, la radiographie permet le diagnostic si on y pense, mais il existe des difficultés techniques dont nous avons donné un cas.

Le pronostic est assez bon pour la mère, assez mauvais pour les enfants. Au cours de l'accouchement, il y aura intérêt à agir assez vite et on sera très sévère pour la délivrance.

Vu : le Président de la thèse,

P. MOCQUOT.

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL

1030. - Impr. Jouve et Cie, 15 rue Racine, Paris (N° 31 0939). — 1-44
